دراسة نفسية لبعض مرضى الفشل الكلوى وزارعى الكلى*

د. بدرية كمال أحمد
أستاذ مساعد علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

مقدمة

سبحان الله الذى خلق الداء والدواء، فتداوى رسول الله صلى الله عليه وسلم وأمر الناس بالتداوى وأخبر أنه مامن داء إلا وله شفاء ولعل هذه الكلمات الطيبة تحمل بين طياتها أن هناك داء قد يعترض حياة الانسان بين الحين والآخر وعلينا أن نجتهد لاكتشاف أسبابه وطرق تشخيصه وعلاجه، فنحن نسمع عن أمراض وطفرات فى التشخيص والعلاج لأمراض عديدة مثل عمليات زرع القلب، والقلب المفتوح، زرع البنكرياس والكبد وقرنية العين، وحفظ الأجنة Embryo، وجراحة تغيير الجنس، والتلقيح الصناعى Artificial Insemination، والكلية الصناعية Hemodi-alysis وزرع الكلية والفشل الكلوى Renal Failure والذى تحاول الدراسة القاء الضوء عليه. ورغم هذه الطفرات التشخيصية والعلاجية إلا أنها بلاشك تسبب قلقاً وخوفا لدى الفرد صحيح البنية وغيره وتسبب رعبا عندما يكتشف الانسان فجأة أن كليتيه أو إحداهما لاتعمل، لقد فشلت فى أداء وظائفها الحيوية ومن ثم وجب عليه ومن معه أن يتصرف وبسرعة لانقاذ حياته لأن فشل الكلية بالنسبة له يعنى الموت البطئ، ويعلن له الطبيب ضرورة استخدام الكلية الصناعية إلى أن تتخذ الاجراءات السريعة لعملية زرع الكلية.

هذا، وقد بلغ مجموع المرضى الذين يعالجون بالغسيل الكلوى فى مصر أربعة آلاف مريض، وفى العام القادم سيصل عددهم إلى خمسة آلاف (جمعية رعاية مرضى الكلى. د. ت) هؤلاء المرضى فى مرحلة الشباب والعمل والانتاج يحتاجون إلى كلية أخرى ليتم زراعتها لهم، وهنا يقع المريض فى دوامة نفسية، اقتصادية، اجتماعية، للبحث عن كلية أخرى تتوافق فى أنسجتها مع أنسجته ويقف فى طابور طويل ليتم عمل الفحوصات له بين الحين والآخر مع متبرع جديد.

* المتلقون لزرع الكُلى أى الذين تجرى لهم عملية زرع الكُلى

ويسمع عن رفض الكلية، دور الكورتيزون، مثبطات المناعة، وكلها مواقف تثير ضغوطا نفسية واجتماعية أثناء مروره بتلك المراحل الحرجة قبل اجراء عملية زرع الكلية وبعدها، فقد أوضح Surman (١٩٨٩) أن فترة ماقبل الزرع لذوى فشل الأعضاء تتميز بنقص الوظائف الجسمية كما يرتبط التوافق بالقلق والاكتئاب ووجود عجز فى وظائف المخ العضوية.

ولا أحسب أن هناك مرضى يحتاجون تدخلا نفسيا سريعا وجاداً مثل المرضى الذين يقومون بعمليات زرع ونقل الأعضاء. فقد أوضح ممفورد وآخرون Mumford et al (١٩٨٢) الحاجة للعناية النفسية وتدخل الخدمات الاجتماعية وراجع الدراسات عن التدخل النفسى قبل اجراء العملية ووجد أن المرضى الذين عولجوا نفسيا قضوا فى المستشفى مدة أقل من غيرهم. كما أوضح كاليل وآخرون. Kalil et al (١٩٩٢) أن الرفض الحاد للعضو المزروع كان السبب العام لفشل عمليات الزرع والذى كان يتم خلال الأشهر القليلة الأولى بعد الزرع، ولذا فقد بحث عدد من الباحثين عن العوامل البيولوجية والتى قد تكون هامة فى نشوء المرض، وقد اتجه فريق آخر من الباحثين إلى دراسة المكانة الاجتماعية الاقتصادية للشخص المتلقى للزرع. كما أوضح تويلمان وآخرون Twillman (١٩٩٣) أن المعيار النفسى الاجتماعى يلعب دوراً هاما فى تقييم المرشحين لنقل الأعضاء كما أوضح فريتز Fritz (١٩٨٤) فى دراسته للمرضى الذين تم زرع كلية لهم أهمية التقييم النفسى قبل زرع الكلية لتحديد المرضى ذوى عوامل الخطر النفسية الاجتماعية، وقد ظهر أن هذا التقييم يهيئ المرضى جيداً للضغوط التى يحتمل حدوثها وترتبط بعملية الزرع.

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى القاء الضوء على بعض نواحى من شخصية بعض المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوى ويقومون بغسيل الكلية وأولئك الذين تمت لهم زرع الكلية. فقد أوضح كيمف Kemph (١٩٧١) أن معظم المرضى بعد عملية زرع الأعضاء يعانون درجة من القلق والاكتئاب. وقد اقترح البعض أنه من الممكن أن يحدث طرد سيكولوجى للعضو المزروع ولكن لايوجد إثبات علمى لهذه النظريات، فحدوث عدم التعاون مع مضادات الطرد يمكن أن يحدث فى حالات الاكتئاب وسوء وظيفة المخ العضوية، وقد استنتج أنه فى السنوات القليلة القادمة سيتركز الضوء على الطب النفسى لاختيار حالات الزرع ومراعاة هذا التدخل النفسى قبل اجراء العملية لاعانة المريض المقبل على العملية حتى يمكن التنبؤ بعدم التعاون وتقدير التأهيل على مواجهة الحياة بعد عملية الزرع.

ولاشك أن هؤلاء المرضى يعانون ضغوطا حياتيه كالتى يعانى منها الآخرين، هذا بالإضافة إلى الحالة النفسية التى يمرون بها قبل إجراء جراحة عملية الزرع وبعدها، فالخوف والأمل والترقب من نجاح العملية أو فشلها، المشكلات النفسية التى قد ترتبط بالزرع مثل الخوف من طرد العضو المزروع، الحرص البالغ على عدم السهو فى تناول مضادات المناعة، التفكير فى حياته الاجتماعية وعمله بعد العملية، فلا شك أن الاقدام على العملية الجراحية فى حد ذاتها تثير الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية. هذا، ويذكر عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) أن الاقبال على عمليات زرع الأعضاء شئ ملفت للأنظار ولكن هناك صعوبات تحول دون إجراء العملية لكل راغب ففى مجال زرع الكُلى هناك قائمة انتظار طويلة وذلك لقلة عدد الكلى المتبرع بها كما أظهرت آخر الاحصائيات التى ظهرت فى العاصمة الأمريكية أن هناك حوالى عشرة آلاف مريض مصابين بالفشل الكلوى موضوعين على قائمة الانتظار. كما أشار عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) إلى حدوث اضطرابات عصبية ونفسية لدى مرضى الفشل الكلوى والذين يعتمدون على جهاز الكلية الصناعية.

وفى ضوء هذا تحاول الدراسة الاجابة عن هذه التساؤلات:-

١ - هل هناك فروق دالة احصائيا بين مرضى الفشل الكلوى والذين يعتمدون على الغسيل الكلوى وغير المصابين

من حيث «أ» الاكتئاب، «ب» الانطواء الاجتماعى، «جـ» توهم المرض «ء» قلق الموت، «هـ». وجهة الضبط؟

٢ - هل هناك فروق دالة احصائيا بين زارعى الكُلى وغير المصابين من حيث «أ» الاكتئاب، «ب» الانطواء الاجتماعى، «جـ» توهم المرض «ء» قلق الموت، «هـ». وجهة الضبط؟

٣ - هل هناك فروق دالة احصائيا بين مرضى الفشل الكلوى والذين يعتمدون على الغسيل لكلوى وزراعى الكلى من حيث «أ» الإكتئاب، «ب» الانطواء الاجتماعى، «جـ» توهم المرض، «ء» قلق الموت، «هـ»، وجهة الضبط؟

الاطار النظرى

الكلية ووظيفتها فى الجسم: -

تنقى الكلية الجسم من المواد السامة عن طريق البول، وهذه المواد السامة تنتج عن عمليات التمثيل الغذائى لكثير من المواد الغذائية أثناء التفاعلات الحيوية ضمن خلايا الجسم، هذه المواد السامة إذا لم يتخلص منها بصورة سريعة ينتج عنها أضرار كثيرة للجسم فهنا يأتى دور الكلية الهام فى التخلص من هذه المواد، وأهم هذه المواد السامة هى اليوريا التى تنتج من التمثيل الغذائى للأحماض الأمينية التى تعتبر الحجر الأساسى للمواد البروتينية التى نتناولها فى غذائنا كاللحوم ومشتقات الألبان، عندما تفشل الكلية فى القيام بعملها بالتخلص من هذه المواد السامة تتراكم مادة اليوريا فى الدم فى المراحل النهائية لمعظم الأمراض التى تصيب الكلية، كما أن للكلية دوراً هاماً فى التخلص من الأدوية التى نتناولها لعلاج الأمراض الأخرى، حيث تتخلص من هذه الأدوية عن طريق البول بعد قيامها بمهمتها. كما أنها ميزان دقيق لتوازن مقادير الماء والأملاح فى الجسم فعندما يزداد مقدار احداها تتخلص الكلية بكمية مناسبة من هذا الفائض، بالاضافة إلى هذا تحافظ الكلية على نسبة متوازنة من الحموضة والقلوية بالدم. ومن أهم الهرمونات التى تفرزها الكلية هى هرمون الأريثروبوتين، هذا الهرمون ينبه نخاع العظم لتصنيع خلايا الدم الحمراء وهرمون الرينين، هذه المادة تحافظ على مستوى ثابت لضغط الدم (عبد الفتاح عطا الله، ١٩٨٨)، وإذا كانت اصابة الكلى متقدمة فيحدث الفشل الكلوى المزمن وتتوقف الكليتين عن العمل تماما وفى هذه الحالة فإنه من الضرورى إيجاد وسيلة أخرى تقوم بعمل الكليتين وهو فصل المواد السامة من الدم وهو مايعرف بالغسيل الكلوى أى تنظيف الدم ويتوقف اختيار الوسيلة المثلى لعلاج المريض على مايناسبه من الناحية الكلينيكية أو النفسية وماهو متوفر من خدمات الغسيل الكلوى وهناك حل آخر وهو زرع الكلية (جمعية رعاية مرضى الكلى .د.ت)

أعراض الفشل الكلوى: -

فى المراحل الأولى فى الفشل الكلوى لاتوجد أعراض خاصة توحى سوى وجود بعض الفحوص المخبرية الايجابية ولكن عند تقدم المرض تبدأ ظهور الأعراض التالية: -

١ - كثرة التبول الليلى، ٢ - الإرهاق وفقدان الشهية ونقص الوزن.

٣ - الغثيان والقئ ٤ - حكة وجفاف الجلد،

٥ - ضعف الذاكرة، ٦ - ضعف القدرة الجنسية.

٧ - الرجفان العضلى Flapping tremor.

٨ - الفواق المستمر أو الزغطة Hiccough.

٩ - اضطراب سلوك المريض واضطراب الشخصية.

١٠ - القلق والأرق الليلى.

وبالحالات الشديدة يحدث البلبنة confusion بالاضافة إلى الهذيان والهلوسة Hallusination منتهية بحدوث الاختلاجات convulsions والغيبوبة Coma والموت بالمراحل النهائية، أيضا من الأعراض المتأخرة حدوث ارتفاع ضغط الدم الناتج عن تقصير الكلية فى التخلص من السوائل والاملاح مما يؤدى إلى تراكمها بالدم وحدوث ارتفاع بضغط الدم فكما نلاحظ أن أعراض الفشل الكلوى متنوعة وشاملة ولا توحى بمنشأ الاصابة لذلك فإن من واجب الطبيب أن يفكر

فى احتمال حدوث الفشل الكلوى عند كل مريض ذى أعراض متنوعة.

الرفض الكلوى:ـ Renal Rejection

أصبحت جراحة نقل الكلى عملية روتينية ولكن الرفض الكلوى مازال يعتبر من أهم وأخطر مضاعفات عملية زرع الكلية والذى يحدث فى هذه الحالة أن الجسم بجهازه المناعى يقوم بمهمة الفتك بالعضو المزروع فيه لأنه يعتبره عضو غريب عنه إلا فى حالات زرع الأعضاء المأخوذة من التوائم الحقيقية، ويمكن أن يحدث الرفض المناعى بواسطة المناعة الخلوية أو عن طريق المناعة السائلة أو الخلطية، وبما أن الكلية المزروعة تحوى أعداداً كبيرة من الخلايا فكل خلية منها تتمثل بعدو غازى للجسم حيث يوجد على كل خلية انتيجينات متعددة تعطيها هوية وصفة خاصة بها منها الانتيجين الخاص بالفصيلة الدموية التى لاتلعب دوراً أساسيا فى عملية الرفض بينما انتيجنات الكرات الدموية البيضاء البشرية هى الأنتيجين الأساسى فى عملية الرفض فلذلك يبدأ الجهاز المناعى بمهاجمتها محاولا التخلص منها، ومنه تظهر عملية الرفض المناعى التى تقسم إلى ثلاثة أنواع حسب الفترة اللازمة لحدوثها بعد عملية الزرع وهى: ١ ـ الرفض الكلوى الحاد Acute Renal Rejection وهو أكثر الأنواع شيوعاً وفى هذه الحالة يهاجم الجهاز المناعى الكلية المزروعة خلال أسبوع إلى ثلاثة أسابيع بعد العملية الجراحية محاولاً القضاء عليها والفتك بها وتعتبر الأشهر الثلاث الأولى من عملية الزرع كحد أقصى وهى الفترة المتوقع حدوثه بها، ٢ ـ الرفض الكلوى الأكثر من الحاد Hyperactute Re jection، هذا النوع من الرفض هو أقل شيوعاً من السابق وفيه يهاجم الجهاز المناعى الكلية المزروعة ويقضى عليها بسرعة هائلة خلال عدة دقائق من العملية الجراحية وحتى بضع ساعات. وهذا النوع من الرفض الكلوى لايمكن معالجته بالادوية المثبطة للمناعة على العكس من النوع السابق، ٣ ـ الرفض الكلوى المتأخر Chronic Re-nal Rejection، يتميز هذا النوع من الرفض الكلوى بالهجوم والقضاء التدريجى البطئ على الكلية المزروعة خلال فترة طويلة نسبيا تصل إلى عدة شهور ولسوء الحظ فإن هذا النوع من الرفض الكلوى يحدث عند بعض المرضى المجرى لهم زرع الكلية ولو كانوا موضوعين على العلاج بالأدوية المثبطة للمناعة، (عبد الفتاح عطا الله، ١٩٨٨).

زرع الكلية: ـ Renal Transplant

فى كل يوم يموت نساءً ورجالاً صغاراً بسبب تلف كليتهم بالمرض مع أن سائر أعضائهم تكون سليمة تماما، ولمواجهة هذا الموقف فقد انشغل علماء الكلى بفكرة انقاذ حياة هؤلاء الصغار وذلك عن طريق زرع الكلى، لكن منذ ٢٠ عاما بدى هذا الأمر ليس أكثر من حلم لا أمل فيه، ولم تقع المشكلة فى الجراحة الفعلية، فإن الوسائل الجراحية قام بها الجراحون رينيه كوس Rene Kuss وجين فايسى Jean Vaysse فى فرنسا وديفيد هيوم David Hume وجوزيف موراى Joseph Murry فى الولايات المتحدة، وبدى هذا الأمر غريبا ولهذا رفض وكانت هناك عقبات خاصة بعلم المناعة، لكن فى عام ١٩٥٦ حقق فريق بوسطن على رأس جون ميرل John Mer-rill أول نجاح لزراعة الكلى بين توأمين نتيجة لاستعمال الأدوية المثبطة للمناعة وأثبتوا صحة الوسائل الجراحية، هامبورجر وآخرون، Hamburger et al (١٩٨١) ويذكر عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) أن عملية زرع الكلى هى عملية قابلةللنجاح من الناحية التكنيكية ولكنها كانت تجابه بالفشل من الناحية العملية حيث أن فكرة رفض الأعضاء الغريبة لم تكن مفهومة ومدروسة بتعمق فى تلك الفترة، وزرع الكلية يعنى استئصال الكليتان المعطوبتان من الجسم وزرع كلية أخرى بدلاً منها، عادة توضع قرب الأوعية الدموية للحوض وعادة تبدأ الكلية بافراز البول بكميات قليلة بعد دقائق من انتهاء العملية، ويلعب عامل العمر دوراً هاماً حيث تعتبر عملية زرع الكلى ناجحة وفعالة عند الأطفال الصغار حيث أنها تعتبر العلاج الأمثل للفشل الكلوى عند الأطفال الصغار على ألا تجرى فى الأشهر الستة الأولى من الحياة، أما فى الأعمار المتقدمة فيفضل عدم اللجوء إليها فى عمر ٥٥ سنة أو أكثر.

وبالنسبة للتبرع بالكلى، فتميل الدراسات التى أجريت فى الولايات المتحدة إلى تفضيل أخذ الكلى من متبرع حى سواء توأم للمريض أو قريب له فصيلة نسيجية مشابهة إلى حد ما. ويؤكد العلماء بأن نتائج عملياتهم فى زرع الكلى أثبتت أن نسبة حياة المرضى بعد الزرع ونجاح الكلية المزروعة المأخوذة من شخص حى هى أحسن بكثير من نتائج الزرع باستخدام الكلى من موتى، هذا، ومازال الرفض الكلوى Renal Rejection من أهم وأخطر مضاعفات عملية زرع الكلى والذى يحدث فى هذه الحالة أن الجسم بجهازه المناعى يقوم بمهمة الفتك بالعضو المزروع فيه لأنه يعتبره عضواً غريباً عنه إلا فى حالات زرع الأعضاء المأخوذة من التوائم الحقيقية.

المشكلات النفسية، الأخلاقية، القانونية لزرع الأعضاء: ـ

أثارت عمليات زرع الأعضاء الكثير من المشكلات ـ مثل أى طرق علاجية جديدة ـ الأخلاقية النفسية، القانونية، الثقافية ، فالجو الانفعالى الذى يحيط بمناقشة هذه المشكلات ممكن أن يعزى إلى عوامل عديدة منها أن استبدال الأعضاء يتحدى كثير من المفاهيم التقليدية بالنسبة للفرد والمجتمع، وعلى وجه الخصوص عمليات زرع القلب أو نقل القلب من الجثة قد أثار مناقشات حادة ومقاومة ومعارضة كاملة والتى امتدت إلى زرع الكلى، ولذلك فإن نتائج عمليات الزرع مازالت إلى حد ما لايمكن التنبؤ بها، المضاعفات متكررة الحدوث ومعدل الوفيات لم تصل إلى الصفر، كما أن مخاطر عمليات الزرع تكون كبيرة خلال الست شهور الأولى، وكل حالة فردية تضع عدة مشكلات والتى أضافت الكثير من المسئوليات على الأطباء ونادراً مايواجهونها فى الميادين الأخرى للطب، وللتخفف منها فإن الاطباء تحولوا إلى مساعدة القانونيين والفلاسفة، هؤلاء الخبراء لم يجدوا حلولا مرضية، لكن تدريجيا ومن خلال الأفراد وتشاور وتداول الجماعات فى العالم فقد ظهر الاتفاق على اتجاهات أساسية معينة هذه، المشكلات تتعلق بالمتلقى Recipient والمتبرع Living Do-not وزراعة الأعضاء.

المشكلات النفسية للمتلقى: ـ

١ ـ قبل عملية الزرع:

كما فى أى اجراء جراحى من الضرورى الحصول على موافقة المتلقى فمن الممكن تصور أن المريض قد يرفض كل أشكال علاج الفشل الكلوى سواء عملية الزرع أو الغسيل. وفى الحقيقة، فإن المشكلة الحقيقية هى مساعدة كل مريض أن يختار بين الزرع والغسيل، وبالنسبة للمريض فإن هذا الاختيار يكون ممكنا فقط لو تم تزويد المريض بدقة عن النتائج، المضاعفات، المخاطر وحدود هاتين الوسيلتين سواء على المدى القصير أو البعيد، وإذا اختار المريض عملية الزرع فانهم يقترحون الزرع من أحياء لو أن المريض لديه عضو فى عائلته متشابه معه فى الأنسجة وفى هذه الحالة نجد أن المريض يرفض الموافقة على نقل كلية أحد أفراد أسرته مفضلا بذلك نقل الكلية من جثة حتى لايعرض الأقرباء لأى مخاطر، المشكلة الحقيقية التى تواجه المرضى الذين يرغبون فى الزرع ـ على الأقل فى فرنسا ـ هى الانتظار لسنوات عديدة وفى هذه الأثناء يعالجون بعمليات الغسيل وغالبا ماتثبط الهمة ويظهر القلق. ومن الضرورى جداً إقناع هؤلاء المرضى أن هذا التأخير يرجع إلى ضرورة ايجاد كلية تتشابه معه حيث يعتمد عليها النتائج الناجحة، هامبورجر وآخرون (١٩٨١) Hamburger et al.

٢ ـ بعد عملية الزرع: After Transplantetion

أشار كولمب وهامبورجر Colomb & Hamburger (١٩٦٧) إلى أن المشكلات النفسية والعقلية تكون تقريبا عامة لدى المتلقى بعد عمليات الزرع، فالحالة الاكتئابية نادراً ماتكون حادة. والمشكلات الذهانية عادة ماترجع إلى القلق بسبب رفض الكلى والعودة إلى الغسيل. وعلى المستوى النظرى، فإن المشكلات الأكثر خطورة والتى من الممكن توقعها أو التنبؤ بها تكون بواسطة الفحص النفسى قبل العملية، لكن ضعف الحالة الجسدية لهؤلاء المرضى قد تضعف هذه الاختبارات.

المشكلات القانونية: ـ

حتى نهاية عام ١٩٧٦ لم يكن هناك قانون يجيز التبرع Donation بالأعضاء بواسطة المتطوعين الأحياء فى فرنسا وكان يعتبر هذا الأمر اصابة تنزل بالنفس ذاتيا، ثم أجاز القانون نقل الأعضاء من الواهب الذى وصل إلى السن القانونى. وقد وجدت القوانين التى تجيز هذا الأمر فى معظم الدول الأخرى.

الاضطرابات السيكاترية: ـ

عندما تتم عملية الزرع التى كان يتوق إليها المريض، فإنهم لايستطيعون منع القلق بشأن كيفية تحملهم لهذا الزرع، التهديد من رفض الكلية والمضاعفات الخطيرة الممكنة، وتحدث المضاعفات النفسية خاصة منذ أن يأخذ المريض الكورتيزون بعد الزرع. ففى دراسة على ٢٣٢ مريضاً تم الزرع لهم لاحظوا أن ١٢ حالة لديها اضطرابات نفسية عقلية، و١٤ حالة من هذه الحالات كان المرضى أقل من ٢٥ عاما، كروسنير Crosnier (١٩٨١).

الأثار النفسية للزرع على الواهب: ـ

كيف يتصرف الواهبون أنفسهم لحقيقة أنهم أعطوا كلية لآخر؟ وجد ايسندراس وآخرون Eisendrath et al (١٩٦٩) هم نادراً مايعانون الأسف والندم، حتى لو فشلت عملية التطعيم. وفى معظم الحالات، بالرغم من قلق فترة العملية فإنهم يشعرون بالرضا والفخر وأحيانا يشتكون أن كل الانتباه يكرس للمتلقى فى حين لا يسلط عليهم الضوء وأحيانا ما يشتكى الأفراد القلقين وذوى توهم المرض من متاعب عديدة فى مكان إستئصال الكلية.

مصطلحات الدراسة: ـ

الاكتئاب: ـ حالة من الاضطراب النفسى تبدو أكثر وضوحا فى الجانب الانفعالى لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير وتبكيته على شرور لم ترتكبها الشخصية فى الغالب، بل تكون متوهمة إلى حد بعيد. ويقوم المبدأ النفسى القائل بأن النية تساوى الفعل بدور كبير فى تغذية الاحساس بوخز الضمير وتأنيبه ويجعل حياتها جحيما لايطاق ومن هنا كان احتمال انتحار المريض كبيراً حتى يتخلص من هذه الحياة المملوءة بالحزن والهم واليأس والقلق والمخاوف التى قد تجعله قليل النوم بطئ الحركة رافضا للطعام وبالتالى يصاب عادة جسمه بالهزال الشديد.

الانطواء: ـ هو نمط فى الشخصية يميل بالفرد إلى العزوف عن الحياة الاجتماعية والابتعاد عن الآخرين وضعف صلاته بهم وقلة اهتمامه بمشاكلهم وعدم الاكتراث بمشاركتهم أنشطتهم. فالمنطوى يجد لذته فى العزلة والانكفاء على ذاته والتمركز حول الذات وعدم إقامة علاقات مع الآخرين. (فرج طه وآخرون، د.ت).

توهم المرض: ـ يشير هذا المصطلح إلى مدى انشغال المريض بصحته الجسمية للدرجة التى يطغى فيها هذا الانشغال على أى اهتمامات أخرى لديه، كما ينغمس المريض فى مخاوف ومعتقدات عن اصابته بمرض أكيد دون توافر أى دلائل طبية واقعية حقيقية، وتوهم المرض اضطراب عصابى، وتشمل أعراض توهم المرض شعور مزمن بالضعف والتوهم وآلام متباينة فى أى جزء من الجسم ورغبة ملحة من جانب المريض فى التحدث عن آلامه وشكواه ويسيطر عليه فكرة ملحة أنه من الممكن أن يفقد أحد أعضاء جسمه الداخلية، كيسكر Kisker (١٩٧٧).

قلق الموت: ـ يعرفه تمبلر templer (١٩٧٠) بأنه حالة انفعالية غير سارة واستجابة انفعالية تشمل مشاعر ذاتية من عدم السرور نتيجة التأمل الشعورى فى حقيقة الموت والتقدير السلبى لهذه الحقيقة، وقد أوضح تمبلر أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما حالة الصحة النفسية بوجه عام وخبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

وجهة الضبط: ـ نشأ هذا المفهوم كإمتداد طبيعى لنظرية التعلم الاجتماعى لروتر، وتؤكد هذه النظرية على أن أنماط السلوك التى يتم تعلمها تتأثر بعدد من المتغيرات المعرفية كالتوقع والدافعية، قدمت روتر Rotter (١٩٦٦)

مفهومى التحكم الداخلى والتحكم الخارجى للتدعيم ويشيران إلى الطريقة التى يدرك بها الفرد مصدر تدعيماته، فالأفراد أصحاب التحكم الداخلى يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التى تحدث للفرد فى حياته ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية أو عوامل تتعلق بشخصيته مثل الذكاء والمهارة والكفاءة وسمات الشخصية، أما الأفراد أصحاب التحكم الخارجى فيعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل خارجية مثل الحظ، القدر أو تأثير الآخرين أو لعوامل غير معروفة روتر Rotter (١٩٦٦)، هذا، ويمكن تعريف كل مصطلح - على حده - إجرائيا بأنه الدرجة التى يحصل عليها المفحوص على المقياس الخاص بكل منه.

دراسات سابقة : -

تستعرض الباحثة الدراسات التى أجريت عن الفشل الكلوى وزرع الأعضاء بصفة عامة والتى قام بها الباحثون فى ميادين علم النفس والطب النفسى والطب الشرعى.

- **أجرى لورى وآخرون** Lorri et al (١٩٩٢) دراسة تناولوا فيها النزع الاختيارى للعضو المزروع حيث تم دراسة حالتين احداهما لمواطن أمريكى يعانى من مرض الكلية عمره ٣٧ سنه وبعد زرع كلية له أظهر المفحوص أعراضا ذهانية وعولج وطلب نزع العضو المزروع. أما الحالة الثانية فكانت لذكر قوقازى عمره ٤٠ سنة لديه تاريخ من الاعتماد على الأنسولين وتم زرع بنكرياس له ثم أظهر أعراضا نفسية مثل الاكتئاب، اليأس، التعب وطلب نزع العضو المزروع، أوضحت النتائج أن المفحوصان فشلا فى أن يدمجا أعضائهما المزروعة فى احساس سيكولوجى بعد عملية زرع ناجحة.

- **أجرى فيوكيونشى Fukunishi** (١٩٩٢) دراسة عن المشكلات السيكوسوماتية التى ترتبط بزرع الكلية وحدوث الاضطرابات المخية والسيكاترية، وذلك لدى عينة تتكون من ١٦ زارعا، وقد لوحظت الاضطرابات السيكاترية أو المخية فى ١٥ حالة من الزارعين وأن حدوث الاضطرابات السيكاترية قبل وبعد الزرع كان فى ٧ حالات، ولا حالة من الحالات السبع التى كانت تعانى من هذه الاضطرابات قبل الزرع أظهرت أى اضطرابات بعد الزرع، بينما ثلاث حالات من تسع حالات بدون اضطرابات سيكاترية أظهروا هذه الاضطرابات بعد الزرع، معظم الاضطرابات السيكاترية بعد عملية الزرع كانت مرتبطة بالحالة الاكتئابية وهذه النتائج أوضحت أن الأعراض السيكاترية قبل الزرع لم تكن مرتبطة بأحداث ذهان بعد الزرع، وتقترح أن التعامل مع الاكتئاب يرجع إلى رفض مابعد العملية والذى قد يكون أكثر أهمية فى المستقبل.

- **أجرى جريجورى وآخرون** Gregory et al. (١٩٩٢) دراسة بحثوا فيها الوظائف النفسية الجنسية لسبعين بالغا بعد علاج ناجح للوكيميا الحادة بعد سنة أو أكثر من العلاج. ٤٩ مفحوصا عولجوا بالعلاج الكيميائى، ٢١ مفحوصا تم علاجهم بالعلاج الكيميائى وزرع العظام. لم يجد الباحثون فروقا بين الطريقتين على بطارية مقاييس نفسية جنسية، على الرغم من احتمال ضعف الغدد التناسلية من العلاج الكيميائى وزرع العظام وبمقارنة المعايير الصحية، قررت الاناث نقص وعدم رضا جنسى، وقرر كل من الذكور والاناث صورة جسم ضعيفة وأن المفحوصين الذين قرروا نقص وعدم الرضا الجنسى وصورة جسم ضعيفة قرروا قلقا ومضايقات سيكولوجية ونقص الطاقة.

- **أجرى رضا وآخرون** (١٩٩١) دراسة تناولوا فيها الجانب الأخلاقى لزرع الأعضاء بين موظفى الصحة حيث تم إعداد استبيان لاستخراج معلومات تتعلق بالسن، الجنس، الدين، وبيانات إجتماعية مثل المهنة، مدة البقاء فى الوظيفة، وجهة النظر الدينية والتاريخية والفلسفية التى تتعلق بمعتقدات الموت والحياة والمحاذير القانونية والحكومية المطلوبة لضبط عمليات زرع الأعضاء ووجهات النظر الفلسفية بالنسبة للتبرع وقبول العضو المزروع، تكونت العينة من ٢٤٣ من هيئة التمريض والأطباء الذين يعملون فى مستشفى الجامعة والتأمين الصحى، أوضحت النتائج أن هناك اتفاق دال بين غالبية هيئة التمريض والأطباء لقبول زرع الأعضاء ، فقد

أشارت النتائج إلى أن هناك ٧٠٪ يوافقون على زرع الأعضاء بينما ٢٥٪ رفضوا ذلك، كما وجدت فروق دالة بين الذكور والأناث بالنسبة لمستوى الموافقة، وبالنسبة للسن لم تكن هناك فروق دالة فى مستوى القبول بين المشاركين أقل من ٤٠ سنة وبين ٤٠ سنة وأكثر، كما وجد اتفاق دال بين غالبية الذين تتراوح أعمارهم من ٢٠ ـ ٤٠ سنة لقبول زرع الأعضاء، كما لم تكن هناك فروق دالة بين المسلمين والمسيحيين بالنسبة لمستوى الموافقة، لكن هناك اتفاق دال بين غالبية المسلمين للموافقة، ٢٦٪ رفضوا هذا المفهوم، بالنسبة لمستوى الموافقة على الزرع، وجد أن ٥و٨٦٪ من الأطباء وافقوا، بينما ٤و٦٥٪ من الممرضين وافقوا، وبالنسبة لمستوى قبول وموافقة المشاركين على زرع الأعضاء طبقاً لوجهة النظر الدينية، اتضح أن أكثر من $\frac{1}{2}$ المشاركين يشكون أنه لايوجد تشريعاً دينياً بالنسبة لزرع الأعضاء المشاركون الذين يشكون أن زرع الأعضاء قانونى أو شرعى قدروا بحوالى ٧و٢٦٪ بينما ٨و٧٣٪ يوافقون على هذا المفهوم، والذين يشكون أن الزرع محرم قدروا بحوالى ٦و٢٢٪ من المشاركين، وبالنسبة لفلسفة التبرع، ٨ر٥٦٪ من المشاركين لهم وجهات نظر تسمح بالتبرع بينهم ٤و٩٦٪ لايوافقون على زرع الأعضاء ووجدت علاقة قوية بين فلسفة استقبال العضو ومستوى قبول زرع الأعضاء وبالنسبة لفلسفة الموت والحياة أتضح أن ٤٠٪ وجهات نظرهم الفلسفية حول الحياة والموت تسمح بقبول مفهوم زرع الأعضاء أن فلسفة الموت والحياة تؤثر على مستوى قبول زرع الأعضاء، وبالنسبة للمحاذير المطلوبة، فلسفة أنه يوجد حاجة لوضع ضوابط لزرع الأعضاء كانت بين ٧و٦٦٪ من المشاركين بينهم ٩و٨٨٪ يوافقون على زرع الأعضاء أوضحت مناقشة النتائج أنه طبقاً لوجهات النظر الإجتماعية والبيولوجية، معظم هيئة التمريض والهيئة الطبية يوافقون على مفهوم زرع الأعضاء بدون إحالة دينية وهم يعتمدون على رأى أن المستقبل للعضو سوف يستفيد من نقل العضو وينقذ حياته أو يخلصه من الألم.

- أجرى فيبس Phipps (١٩٩١) دراسة عن النواحى السيكاترية لزرع القلب بحث فيها الخصائص الديموجرافية والسيكاترية للمرشحين لزرع القلب مستخدما بيانات من ١٢٥ مريضا، ٦٨ من هؤلاء المفحوصين تراوحت أعمارهم من ١٧ ـ ٦٥ سنة تم نقل قلب لهم، الذين تم زرع قلب لهم وكانوا يعانون سابقا من اضطراب نفسى أصابوا أخفاقا عن غيرهم الذين لايعانون، اعتمدت توصيات الطبيب النفسى للعملية الجراحية على قدرة المفحوصين على التعامل مع بعض الأمور مثل اطاعة الرجيم الطبى، انتظار الواهب Donor، اجراءات العملية الجراحية نفسها، التوافق للحياة مع عضو جديد، وحل القلق الانفعالى،وقد تراوحت مضاعفات مابعد العملية من أعراض عقلية عضوية إلى الاكتئاب.

- أجرى هندريكوس وآخرون Henderikus et al (١٩٩١) دراسة عن عملية شق الحنجرة Laryngectomy لدى ٥١ مريضا أكملوا مقابلة مقننة والتى أثمرت عن بيانات تتعلق بالمتغيرات الديموجرافية والجراحية، شبكة العلاقات الاجتماعية والتعزيز، اعادة التأهيل للاتصال والمشكلات المرتبطة به، التغيرات فى نمط الحياة، تغيرات الهوية، نوعية الحياة، التوافق النفسى، الكلام بواسطة المرئ. أوضحت النتائج أن سوء التوافق أرتبط بمدة البقاء فى المستشفى بعد الجراحة، عدم الرضا بالتعزيز الاجتماعى والتغيرات فى نمط الحياة بعد الجراحة، التغيرات فى الهوية كانت أيضا منبئة لكل من التوافق النفسى ونوعية الحياة.

- أجرى ليسلى واخرون Leslie et al (١٩٩٠) دراسة عن الوظيفة الجنسية والخصوبة لدى زارعى الكلى، حيث تم تطبيق استبيان عن الوظيفة الجنسية والخصوبة على ٥٤ رجلا، ٣٦ سيدة بعد ثلاث سنوات من عملية زرع الكلى الناجحة. وقد اتضح أن الرغبة الجنسية قد زادت بدلالة واضحة وذلك بمقارنتها بمستويات الستة شهور قبل الزرع. ومع ذلك فإن $\frac{1}{4}$ الرجال والنساء ظلوا من الناحية الجنسية غير أكفاء، وأن تكرار النشاط الجنسى والرضا الجنسى بشكل عام لم يتحسن بصورة دالة، الحالة الزواجية والرضا كانا فى المستوى العادى ماعدا الحالات التى كانت مريضة قبل سن البلوغ الخصوبة كانت اهتمام رئيسى لعشرة فى المئة من الحالات

كما أن انتظام الدورة الشهرية كان لدى ٦٤ ٪ من النساء أقل من خمسين عاما هذه تمثل تحسن دال بعد الزرع، كما أن ثلاثة من الرجال أنجبوا أطفالا وأمراتان أصبحتا حوامل بعد الزرع.

- أجرى رالف وآخرون Ralph et al (١٩٩٠) دراسة عن التوافق النفسى الاجتماعى البعيد المدى بعد زرع الكبد، تم تجميع البيانات من ٤١ مريضا تم زرع كبد لهم - وأزواجهم - أكمل المرضى استبيان الصحة العامة. أما الأزواج أو الزوجات فقد أكملوا مقياس البيئة الأسرية ومسح خبرات الحياة، أوضحت النتائج أن المرضى لم يختلفوا بالنسبة للصحة العامة والتوافق النفسى الاجتماعى لمدة تتراوح من ٢ - ٣ سنوات بعد الجراحة، كما قررت الزوجات مستويات عالية من الضغوط كما قرر الازواج مستويات عالية من تماسك الأسرة وصراعات أقل عن ما قررته الزوجات، كما أن خصائص الجو الأسرى يرتبط بحدة الأعراض الجسمية عند الزوجات.

- أجرى توم Tom (١٩٨٩) دراسة عن ٥١ مريضا تراوحت أعمارهم من ٢٥ - ٦٥ هؤلاء المرضى مصابون بالفشل الكلوى وينتظرون زرع الكلى، استخدم الباحث المقابلة السيكاترية المقننة مع مقاييس الاكتئاب، القلق والتوافق الاجتماعى ووجهة الضبط، أوضحت الدراسة أن ٣٣ ٪ من المفحوصين أكدوا التشخيص السيكاترى، تم أثناء الدراسة زرع الكلى لثلاثين مفحوصا، ١٨ من هؤلاء المفحوصين تم تتبعهم لمدة ١٢ شهرا بعد عملية الزرع، أوضح الباحث أن ثلاثة من هؤلاء المرضى بنسبة ١٧ ٪ لديهم اضطراباً نفسياً وأن التاريخ السيكاترى السابق كان المنبئ الأساسى للأعراض النفسية، ارتبطت الأعراض أثناء المتابعة بالأعراض المثيرة للعاطفة ونواحى مختارة للتوافق الاجتماعى.

- أجرى لوبيز وآخرون Lopez et al (١٩٨٧) دراسة عن القلق لدى المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى، والذين أجريت لهم زرع كلية، فى هذه الدراسة تم بحث تأثير متغيرات مثل السن، العمل، المعلومات حول المرض ونمط الفشل الكلوى على القلق وذلك على عينة تتكون من ٦٩ مريضا بالفشل الكلوى ٢٠ تم زراعة كلية لهم، استخدم الباحثون مقياس حالة - سمة القلق لسبيلبرجر وقد وجدت الدراسة أنه فى مجموعة الفشل الكلوى كان القلق أكثر بين المرضى الذين لايعملون بالمقارنة بالذين يعملون وبين الذين لا يعرفون معلومات حول الناحية المرضية لهم، وقد وجد أن القلق أكثر لدى المفحوصين الأصغر سنا والذين تتراوح أعمارهم من ١٠ - ٢٠ وخلال الأشهر الأولى من الغسيل، كما لوحظ أن القلق أكثر بين المفحوصين ذوى الفشل الكلوى، من المرضى زارعى الكلية.

- أجرت شارلوت وجوليان charlotte & Julian (١٩٨٦) دراسة عن التوافق النفسى الاجتماعى بعد عملية زرع الكلى وذلك على عينة عددها ٢٤ مريضا تراوحت أعمارهم من ١٨ - ٥٣، خضعوا أكثر من مرة لعملية زرع الكلى، هؤلاء المرضى تمت مقابلتهم لتقدير توافقهم النفسى الاجتماعى، ١٥ مفحوصا تراوحت أعمارهم من ١٩ - ٥٠، الكلى لديهم تؤدى وظيفتها، ٩ مفحوصين تراوحت أعمارهم من ١٨ - ٥٣ عادوا ثانية إلى الغسيل بعد عملية الزرع، أوضحت النتائج أن فى كلتا المجموعتين ٥٠ ٪ من المفحوصين لديهم رضا بالحياة يتراوح من جيد إلى جيد جدا، ويوجد كثير من التشابه فى كل المقاييس، التفاؤل، وسائل التعامل، الوظائف النفسية، وقلا لوحظ استخدام الانكار لدى معظم المفحوصين، لكن مجموعات المفحوصين الذين سجلوا جيد وجيد جيدا على الرضا بالحياة يستخدمون غالبا وسائل تعامل أخرى بمعنى الايثار، اختيار المشاعر، الضبط الداخلى، الحيوية وذلك أكثر من المفحوصين الذين لديهم رضا بالحياة ضعيف.

- أجرى بورتون ولندساى Burton & Lindsay (١٩٨٦) دراسة عن العلاقة بين الاكتئاب وفترة الحياة «العمر» لدى مرضى الفشل الكلوى المزمن، وفيها فحص الباحثان العلاقة بين العوامل النفسية والحياة لهؤلاء المرضى واضعين فى الاعتبار تأثير الوظائف الفسيولوجية، إستخلصت المتغيرات النفسية والفسيولوجية المختارة للتحاليل المختلفة من البيانات

عن ٢٨٥ مريض يتم عمل غسيل كلوى لهم فى انتاريو بكندا، هذه الخطوة التحليلية حددت ماهى المتغيرات التى تفرق بين المجموعات التى واصلت الحياة والأخرى التى لم تعش اقترحت النتائج أن التوزيع الجغرافى والعوامل النفسية يمكن أن تكون أكثر أهمية من المتغيرات الفسيولوجية فى تحديد فترة الحياة فى حالة غسيل الكلى بالمنزل كما أن نوع وشدة الاكتئاب لهما أهمية خاصة.

- أجرى والفجانج Wolfgang (١٩٨٥) دراسة بحث فيها تأثير البيانات السيكولوجية على النتائج النهائية لعمليات الزرع لدى ٨٣ مريضا أخضعوا لزرع الكلى. الاتجاه نحو الزرع كان متفائلا بدرجة عالية فى كل المجموعة، وبمقارنة ملامح ٢٣ مفحوصا حصلوا على نتائج ناجحة للزرع، ١٠ حالات حصل فشل للزرع أو وفاة أظهرت المجموعة الأخيرةأنها أقل تفاؤلا فيما يتعلق بنتائج الزرع، ومستوى عال من الخوف يتعلق بالعلاج الجراحى، كما أوضحت البيانات السيكولوجية نزعة قوية تجاه السلوك المطيع، الاكتئابى، والصارم وأن اتجاهات المرضى وتوقعاتهم تؤثر على النتائج النهائية للزرع.

- أجرى فريتز Fritz (١٩٨٤) دراسة عن مقرر تعليمى للمرضى أثناء اقامتهم بالمستشفى بعد عملية زرع الكلى لهم وذلك على عينة تتكون من ٣٣ مريضا، تم نقل وزراعة كلية لهم من الجثة، تم مقابلة المرضى أثناء الغسيل الكلوى ومتابعتهم أثناء اقامتهم بالمستشفى بعد زرع الكلى، تم تقييم الحالة الانفعالية للمفحوصين قبل وخلال الأربعة أيام الأولى بعد الجراحة وبعد أربعة أسابيع من الجراحة أوضحت النتائج أن كثيراً من المفحوصين يعانون توتراً قوياً أثناء عملية الغسيل وأثناء اقامتهم بالمستشفى بعد عملية الزرع، أكدت النتائج أهمية التقييم السيكولوجى قبل زرع الكلى لتحديد المرضى ذوى عوامل الخطر النفسية الاجتماعية وقد ظهر أن هذا التقييم يهيئ المرضى جيداً للضغوط المحتملة المرتبطة بعملية الزرع ويمدهم بمصادر اضافية للتعامل.

- أجرى شاتيورفيدى وبانت Chaturvedi & Pant (١٩٨٤) دراسة تناولا فيها التقييم الموضوعى لصورة الجسم لدى زارعى الكلية وذلك على عينة تتكون من ٤٠ ذكرا زارعا للكلى ومجموعة ضابطة تتراوح زعمارهم من ١٦ - ٥٠ سنة، استخدم الباحثان اختبار رسم الشخص لتحديد تأثير اجراء عمليات الزرع على صورة الجسم أوضحت النتائج أن زارعى الكلية رسموا أشخاص أصغر حجماً، بملابس وأصابع، والتفاصيل غالبا ماكانت غائبة، استخدم المفحوصون المحو قليلا، لكن اللاتناسق والوضع الجسمى الافقى للأذرع كانت موجودة أوضحت الرسومات القلق، عدم الراحة، نقص تقدير الذات، عدم الأمان ومفهوم الذات غير المتوازن وصورة جسم سيئة، وقد اقترحت الدراسة أن زرع الكلى يكون مصحوبا بعوامل نفسية والتى يجب أن تبحث وتعالج.

- أجرى وليام ودانى William & Danny (١٩٧٩) دراسة عن نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه للذكور المرشحين لجراحة نقل الأعضاء الجنسية، حيث طبق هذا الاختبار على عينة تتكون من ٢٧ مفحوصا ذكرا مرشحا لعملية تغيير الجنس، قورنت نتائج المقياس مع ٢٤ ذكرا مرشحا لجراحة زرع الكلية، و٢٦ ذكراً يظن أن لديهم اضطراباً سيكوفسيولوجياً كشفت البيانات عن غياب المرضية بين مفحوصى تغيير الجنس بالاضافة إلى مرضى الكلى بينما أظهر المرضى بالاضطراب السيكوفسيولوجى التوقعات بالنسبة للتوهم المرضى، الأكتئاب وعلى مقاييس الهستيريا، اتفقت النتائج مع الأبحاث السابقة بالنسبة لمرشحين الذكور، الاناث، لتغيير الجنس والتى ترفض فكرة أن زارعى الأعضاء التناسلية «تغيير الجنس» يعانون من اضطراب انفعالى.

- أجرى برون وآخرون Bron et al (١٩٧٦) دراسة عن زارعى الكلية، أوضحوا فيها أن عمليات الغسيل المزمن وزرع الكلى تحدث كثير من المشكلات النفسية والسيكاترية، وقد حددت المكانة السيكوباثولوجية والنفسية الاجتماعية لاثنى عشر مريضا الذين خضعوا لزرع الكلى، أوضحت النتائج أن التحسن الكبير فى نوعية حياة المفحوصين بالمقارنة بوقت علاج وغسيل الكلى كان غالبا يقل بسبب المشكلات النفسية الاجتماعية وبسبب نقص أو حذف خطوات التأهيل.

فروض الدراسة:

١ - توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين من حيث

أ - الاكتئاب. ب - الانطواء الاجتماعي. جـ - توهم المرض.

د - قلق الموت. هـ - وجهة الضبط. وهذه المتغيرات لصالح مرضى الغسيل الكلوى.

٢ - توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المرضى الذين تمت لهم زرع الكلية وغير المصابين من حيث:-

أ - الاكتئاب. ب - الانطواء الاجتماعي. جـ - توهم المرض.

د - قلق الموت. هـ - وجهة الضبط، وهذه المتغيرات لصالح زارعى الكلية.

٣ - توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» والمرضى زارعى الكلية بالنسبة:

أ - الاكتئاب. ب - الانطواء الاجتماعي. جـ - توهم المرض.

د - قلق الموت. وهذه المتغيرات السابقة لصالح مرضى الغسيل الكلوى.

هـ - وجهة الضبط، وهذه المتغيرات لصالح زارعى الكلية.

المنهج وإجراءات الدراسة الميدانية:

١ - المفحوصون:

تكونت عينة الدراسة الأساسية * من ٩٠ مفحوصاً وذلك على النحو التالي:- ثلاثون مفحوصاً زارعاً للكلى، ثلاثون مفحوصاً مصاباً بالفشل الكلوى ويقوم بعملية غسيل الكلى، ثلاثون مفحوصاً من غير المصابين بأى مرض عضوى. هذا، وقد اعتبر المفحوصين زارعى الكلى وأولئك الذين يقومون بغسل الكلى مجموعتان تجريبيتان. أما المفحوصون من غير المصابين فأولئك يمثلون المجموعة الضابطة . هؤلاء المرضى تم الحصول عليهم من مركز أمراض الكلى والمسالك البولية، جامعة المنصورة بمدينة المنصورة والمترددين على المركز للغسيل الكلوى أو الذين تمت لهم زرع الكلى بالمركز ويقومون بعملية المتابعة والعلاج. أما المجموعة الضابطة فكانوا من العاملين بأدارات كليات الجامعة. وهؤلاء المفحوصون يتساوى عدد الذكور والاناث فى كل منهم، ولكن المعالجات الأحصائية تمت على أساس أنهم مجموعات كلية ، وتم مجانسة المفحوصين بالنسبة للسن فكانت قيمة «ت» بين مفحوصي الغسيل والزرع = ١٢ر. وهى قيمة غير دالة احصائياً، حيث «م» للغسيل = ٣٦ر٦٦، «ع» = ٢١ر٠٨ «م» للزرع = ٣٦ر٩٣، «ع» = ٨ر٣٢. أما قيمة «ت» بين مفحوصى الغسيل والمجموعة الضابطة فكانت = ٤٢ر٠ حيث «م» للضابطة = ٣٧ر٨٦، «ع»= ١٢ر١٣، وكانت قيمة «ت»بين المجموعة الضابطة والزارعين= ٠٨ر٠ وهى قيم غير دالة احصائيا، كما حسبت قيمة «ف» بين المجموعات الثلاثة بالنسبة للسن وكانت تساوى ٠,٢١ وجميع المفحوصين متعلمين تعليماً متوسطاً وفوق المتوسط . وتذكر الباحثة أن المنهج المتبع فى هذه الدراسة هو المنهج شبه التجريبى. (فؤاد أبو حطب وآمال صادق، ١٩٩١).

٢ - أدوات الدراسة:

أ - مقياس الاكتئاب. ب - مقياس توهم المرض.

جـ - مقياس الانطواء الاجتماعي. وهذه المقاييس الثلاثة مشتقة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (لويس مليكة وآخرون، ١٩٨٦). وقد حصل معدو الاختبار على معاملات ثبات وصدق مرضية.

د - اختبار قلق الموت وهو من إعداد أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) وقد حصل معد الاختبار على معاملات ثبات يمكن

* تشكر الباحثة جميع من أسهموا فى اجراء اتصالات لتسهيل عملية التطبيق بالمركز وتخص بالشكر المعيدة ايمان حسين السيد بقسم علم النفس.

الوثوق بها علمياً، كما تأكد أيضاً من صدق الاختبار بأكثر من طريقة وقد استخدمته عدة دراسات أكدت أيضاً على صدقه.

هـ ـ اختبار وجهة الضبط وهو من إعداد علاء الدين كفافى (١٩٨٧). ويتمتع هذا الاختبار بمعاملات ثبات وصدق عالية وقد استخدمته دراسات كثيرة وعلى عينات مختلفة.

٣ ـ الدراسة الأساسية:

تم تطبيق تلك المقاييس على المفحوصين السالف ذكرهم بصورة فردية وعلى عدة جلسات مراعاة لحالة المفحوصين الصحية، وظروف التطبيق والدراسة الأساسية التى اتسمت ببعض الصعوبات.

٤ ـ التحليل الاحصائى: تم حساب قيمة «ت»، «ف».

٥ ـ حدود البحث:

يقصد بحدود البحث هنا حدود تعميم النتائج ولذا يرجى مراعاة خصائص العينة، (فؤاد أبو حطب وآمال صادق، ١٩٩١).

عرض وتفسير فروض الدراسة :ـ *

الفرض الأول (أ)

والذى ينص على «توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين من حيث الإكتئاب لصالح مرضى الغسيل» أوضحت نتائج هذا الفرض أن قيمة «ت» = ٧٫٤٧ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠٫٠٠١ جدول (١ ـ ٧) وهذه النتائج تعنى تحقق صحة الفرض، وتتفق نتائج هذا الفرض ودراسة لورى وآخرون Lorr et al (١٩٩٢) ودراسة وليام ودانى Wil-liam (١٩٧٩) هذا، وقد أوضح كانى وسيمس Kane & Simes (١٩٧٧) أن التأثيرات النفسية لفشل الأعضاء معروفة جيدا بين مرضى الكُلى فى المراحل النهائية، فقد أمكن ملاحظة نقص صورة الجسم والاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوى بواسطة الباحثين منذ زمن بعيد كما أوضح لفيبفر وآخرون Lefebvre et al (١٩٧٢) أنه بفحص بيانات المرضى كشفت عن أن الاكتئاب مشكلة نفسية عامة فى العلاج الاستبدالى لمرضى الكُلى كما أوضح بيرس وآخرون Pierce et al (١٩٧٣) فى دراستهم عن الارتباطات النفسية لمرضى الغسيل الكلوى الحاد كما تقدر بمقاييس M.M.P.I أنه بالنسبة لمرضى الغسيل، فان الاكتئاب لا يحدث فقط بمعدلات أعظم وأكثر حدة عن عامة الناس ولكنه يمثل مشكلة فى فترة حياتهم.

ومن المهم أن نعرف معاناة المريض بالكُلى والذى تتم له عملية الغسيل الكلوى، ففى الماضى كان المرضى المصابين بالفشل الكلوى يتوفون لعدم وجود وسائل التشخيص والعلاج الناجح ولكن يوجد الآن الوسائل العديدة لعلاج الفشل الكلوى ويبقى أهم عملية فى تهيئة المريض المصاب، وهو الإهتمام والمداومة على نوع معين من الوجبات الغذائية كانقاص كمية المواد البروتينية المتناولة مع الطعام وكذلك بعض أنواع الاملاح كالبوتاسيوم وذلك لتفادى الخلل الذى يحدث نتيجة تقصير الكلية عن القيام بوظيفتها وتراكم هذه المواد فى الدم ولكن يبقى الحل العملى الاساسى هو ايجاد طريقة لتنقية الدم من المواد السامة الضارة المتراكمة به وهنا يمكن اللجوء إلى غسيل الدم سواء بالكلية الصناعية أو الغسيل البريتونى Perito-neal Dialysis وحيث أن غسيل الدم يعتبر طريقة مؤقتة للعلاج كما أنها مضنية للمريض حيث يحتاج لتنقية دمه كل عدة أيام وطول فترة حياته بالاضافة إلى كونها باهظة، ولكن نتيجة لزيادة أعداد المرضى وصعوبة توفير الاعداد الكافية من هذه الاجهزة كان لزاماً على هؤلاء المرضى أن ينتظموا فى قائمة انتظار أملاً فى أن يأتى عليهم الدور فى استعمال الجهاز، والمريض المحظوظ هو الذى سيتوفر له ذلك بسرعة. ويقوم هذا الجهاز بوظيفة الكلية الطبيعية إلى حد ما للتخلص من المواد الضارة، تستغرق كل جلسة ثلاث مرات أسبوعياً حتى يحافظ على مستوى ثابت منخفض لتركيز اليوريا فى دمه.

* ملحق (١)

هذا، ويذكر عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) أن استعمال المريض لجهاز الكلية الصناعية تعرض المريض لمضاعفات الالتهاب الكبدى الوبائى نظراً لإستعمال العديد من المرضى لنفس الجهاز وذلك إذا لم ينتبه جيداً لتعقيم الجهاز بعد كل استعمال، هناك أيضاً بعض المضاعفات التى يمكن مشاهدتها عند المرضى الذين استعملوا هذا الجهاز لفترة طويلة من الزمن أهمها حدوث اضطرابات عصبية ونفسية عند المريض منها الاختلال العقلى والاكتئاب كما أوضح بورتون وليندساى Burton & Lindsay (١٩٨٦) أن الفشل الكلوى فى الأعمار أكبر من ٤٥ سنة كان مصحوباً بمستويات أعلى من الإكتئاب والإقلال من القيمة الذاتية ومستويات أعلى من الضغط النفسى المصحوب بالخوف من الموت والألم أثناء الغسيل وزيادة تجلط الدم، وأن نتائجهم تقترح تفاعل محتمل بين العوامل النفسية والمرض الجسمى مع الإكتئاب الذى له أهمية أولية.

الفرض الأول (ب)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين من حيث الانطواء الاجتماعى لصالح مرضى الغسيل الكلوى»، أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ١٠,٩٣ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ - ١٣) إن الانطواء هو نمط فى الشخصية يميل بالفرد إلى العزوف عن الحياة الاجتماعية والابتعاد عن الآخرين وضعف صلاته بهم وقلة اهتمامه بمشاكلهم وعدم الاكتراث بمشاركتهم أنشطتهم، فالمنطوى يجد لذته ومتعته فى العزلة والانكفاء على ذاته والتمركز حول الذات وعدم إقامة علاقات مع الآخرين، فرج طه وآخرون (د.ت) هذا، ويشير عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) إلى حدوث اضطرابات عصبية ونفسية عند المريض الذى يعتمد على جهاز الكلية الصناعية مثل اضطراب سلوك وتصرفات المريض وقد تصل لدرجة الاصابة بانفصام الشخصية حيث يشعر المريض بأنه مضطر للبقاء على هذا الجهاز مدى الحياة، فهو معتمد على الجهاز لاستمرار حياته وكذلك معتمد على الاطباء أيضاً مما يؤدى إلى تقييد حرية المريض وخاصة نشاطه الاجتماعى وقد يخسر عمله فيشعر أن دوره كعضو فعال فى المجتمع قد تأثر، وأن دوره تجاه مسئوليات عائلته قد تناقص مما يؤدى إلى انعزاله التدريجى وحدوث الاكتئاب وهو فى سن العمل والإنتاج، وهناك عامل أخر هام فى حدوث هذه الاعراض النفسية كما أشار عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) وهو فقدان عملية التبول الفسيولوجية وضعف القدرة الجنسية، لاشك أن كل هذه الأعراض النفسية لاتؤثر على حالة المريض وحده فحسب بل أيضاً على جميع أفراد عائلته خاصة فى حالة وجود جهاز الكلية الصناعية بالمنزل.

هذا، ويذكر سورمان Surman (١٩٨٩) أن المرضى الذين يعتمدون على الغسيل الكلوى يصابون بالاحباط والانطواء لأسباب عديدة من أهمها حالتهم الصحية المتدهورة واحساسهم بالعجز عن القيام بمهامهم وأدوارهم الحياتية، كما أشار سورمان (١٩٨٩) أيضاً إلى أنه لدى الكثير من ذوى فشل الأعضاء فان فترة ماقبل عملية الزرع تتميز بنقص الوظائف الجسمية كما أن التوافق مرتبط بالقلق والاحباط ووجود عجز فى وظائف المخ العضوية، إن مريض الغسيل الكلوى والذى تتم له عملية الغسيل مرتين أو ثلاث مرات يتعرض من وجهة نظر الباحثة لاجهاد نفسى وجسمى بالغ، الأمر الذى يتطلب الراحة والابتعاد عن أى مجهود أى أن قدرتهم على العمل والاختلاط والصلات الاجتماعية قد أصابها الوهن وقد يترتب على هذا احساسهم بالنقص والدونية وأنه مبتور اجتماعياً وأنه أصبح غير مفيد وأن وجوده مثل عدمه كما أعرب بعض المرضى بهذه التعبيرات حتى أن بعضهم قد حصل على أجازة بدون مرتب والبعض قدم استقالته أى أنهم عزفوا عن الحياة الاجتماعية وأبتعدوا عن الناس فأنطووا على أنفسهم.

الفرض الأول (جـ)

«توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين من حيث توهم المرض لصالح مرضى الغسيل الكلوى».

أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٦,٤٩ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ - ١٠) وتشير هذه النتائج إلى تحقق صحة الفرض فتوهم المرض يعنى الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية. (لويس كامل مليكة، ١٩٨٦) فمرضى الغسيل الكلوى قد حصلوا على متوسط درجات أعلى على مقياس توهم المرض من غير المصابين، والدرجة العالية تعبر عن محاولة للاطمئنان والتنفيس عن التوهم المتصل بالمرض الجسمى، لويس مليكة (١٩٨٦)، فقد لوحظ أنه إذا اختفى الاكتئاب تنخفض الدرجة على مقياس توهم المرض ولعل فى هذا إشارة إلى تأكيد صحة الفروض حيث يلاحظ أن مرضى الغسيل الكلوى كان متوسط درجاتهم على مقياس الاكتئاب أعلى إذا ماقورنت بالمجموعة الضابطة وكذلك متوسط درجاتهم أعلى على مقياس توهم المرض ايضاً، فأحيانا يكون توهم المرض المصدر الرئيسى للاكتئاب.

الفرض الأول (ء)

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين بالنسبة لقلق الموت لصالح مرضى الغسيل الكلوى، أوضحت نتائج هذا الفرض أن قيمة «ت» = ١,١٧ وهى قيمة غير دالة احصائياً، جدول (١ - ١) وتشير هذه النتائج إلى عدم تحقق صحة الفرض، هذا ويذكر أحمد عبد الخالق (١٩٩١) أن العلاقة وثيقة بين القلق العام وقلق الموت ومن الممكن اعتبار قلق الموت واحداً من التصنيفات الفرعية للقلق العام من حيث الجوانب أو الموضوعات التى يركز حولها القلق العام فقلق الموت نوع من القلق العام المركز حول الموت والفقد والاحتضار، هذا وقد أشار لوبيز وآخرون Lopezetal (١٩٨٧) فى دراستهم عن القلق لدى المرضى الذين يخضعون للغسيل الكلوى ولعمليات الزرع والذين أوضحت دراستهم أن القلق أكثر بين المرضى الذين لايعملون والذين لايعرفون معلومات عن الناحية المرضية لهم وأن القلق كان أكثر لدى المفحوصين الأصغر سناً وخلال الأشهر الأولى من الغسيل.

هذا، وترى الباحثة أن هناك الكثير من الضغوط اللحظية تمر بنا ولعل هذا ما أشار إليه كيسكر Kisker (١٩٧٧) من أن الإنسان يعيش ضغوطاً حقيقية فالمدن تكتظ بالسكان والزحام ومصادر الماء والهواء والغذاء ملوثة، تعقيدات كثيرة يعانى منها الإنسان حتى الساعة البيولوجية التى تنظم النوم وإيقاعات الجسم أصبحت قلقة وقد أصبحت الضغوط عاملاً هاماً لحدوث الاكتئاب، كما أشار هورويتز Horowitz (١٩٨٤) إلى أن هناك مصادر للضغوط يتعرض لها الإنسان، أى أننا من وجهة نظر الباحثة فى حالة قلق عام من تلك الاحداث الضاغطة التى نتعرض لها جميعاً مرضى وأصحاء والتى تثير لدينا القلق بصفة عامة وقلق الموت بصفة خاصة وتسيطر على اذهاننا فكرة الموت سواء اعترض الحياة مواقف عصبية أم لا، كما ترى الباحثة أنه من الناحية الكلينيكية يمكن تفسير نتائج هذا الفرض بأن مريض الفشل الكلوى عندما يشعر بخطورة مرضه وأنه معرض للموت نتيجة لتوقف عمل الكليتين أو أحدهما، نجده يرغب فى اخفاء رعبه وهرعه من المرض والموت فيبدأ فى استخدام ميكانيزم الانكار فيحاول إظهار عكس مابداخله فربما كان المفحوص ذكراً أم أنثى مسئولاً داخل أسرته وعليه التزامات يحاول جاهدا أن يؤديها رغم مرضه أو يردد أنها مرحلة حرجة سوف تمر بسلام ليطمئن المحيطين به كما أشار أحمد عبد الخالق وآخرون (١٩٩١) أن قلق الموت فى الجانب الأكبر منه لايرتبط بالصحة الجسمية أو التكامل البدنى فقد حصل مرضى الغسيل الكلوى على درجة تقع فى حدود السوية تماما، وترى الباحثة أن فكرة الموت هى الحقيقة الوحيدة فى حياتنا ولكن نميل إلى نسيانها ، ففكرة الموت تلاحق الفكر والوجدان فهو سهم انطلق منذ بعث الله جل شأنه فينا الحياة ولحظة الموت هى لحظة وصوله إلينا، فكل انسان له أجل معلوم وعليه أن يجتهد فى الاخلاص لله حتى يلقى ربه بنفس مطمئنة.

الفرض الأول (هـ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» وغير المصابين من حيث وجهة الضبط الخارجية لصالح مرضى الغسيل الكلوى «أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٢,٣١ وهى قيمة دالة

احصائياً عند مستوى ٠,٠٥ - جدول (١ - ٤) وهذه النتائج يمكن تفسيرها فى ضوء شعور صاحب الوجهة الخارجية، مريض الغسيل الكلوى، بأنه لايستطيع أن يفعل شيئاً إزاء العوامل التى تتحكم فى حياته وافتقاره إلى امكانية القيام بدور فعال فى التدعيمات الإيجابية أو السلبية التى يتعرض لها، ولذا يكون صاحب الوجهة الخارجية قليل الحيلة إزاء مايحدث له وهو ماأوضحه هيروتو Hiroto (١٩٧٤) من أن الفرق بين أصحاب الوجهة الخارجية والداخلية دالا فى موقف قلة الحيلة لصالح أصحاب الوجهة الخارجية.

كما ترى الباحثة أن الحالة الصحية لهؤلاء المرضى جعلتهم يشعرون بنقص تقدير الذات وأنهم أصبحوا عديمو القيمة لايستطيعون التأثير ولا يتحملون المسئولية أو السيطرة على الأحداث التى يمرون بها فهو أصبح عاجزاً عن أن يمد يد العون لنفسه، كما أن هذه الفترة تتميز بضعف مستويات ومعدلات السلوك الإنتاجى والنشاط كما أن للبعد الجسمى - من وجهة نظر الباحثة - أثراً فى توجيه هؤلاء المرضى وجهة خارجية، حيث أن الجسم يعتريه بعض الصعوبات والنقائص الأمر الذى يؤدى إلى تكوين صورة جسم تتسم بالتشويه والانحرافات وفى هذا يذكر شاتيورفيدى وبانت Chaturvedi & Pant (١٩٨٤) أن مرضى الفشل الكلوى وزارعى الكُلى أوضحوا فى رسوماتهم اللاتناسق فى الجسم وصورة جسم ضعيفة.

الفرض الثانى (أ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات المرضى الذين تمت لهم زرع الكلية وغير المصابين من حيث الاكتئاب لصالح زارعى الكلية، أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٥,٤٣ وهى قيمة دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ - ٨) تتفق نتائج هذا الفرض ودراسة فيبس Phipps (١٩٩١) ودراسة والفجانج Wolfgang (١٩٨٥) الذى أوضحت بياناته السيكولوجية للمرضى الذين خضعوا لعملية زرع الكُلى نزعة قوية تجاه السلوك الاكتئابى، ودراسة فيوكيونشى Fukunishi (١٩٩٢) إن عملية زرع الكُلى هى عملية قابلة للنجاح من الناحية التكنيكية ولكنها كانت تجابه بالفشل من الناحية العملية، فقد أوضح بورتون ولندساى Burton &Lindsay (١٩٨٦) أن الاكتئاب والعمر قد ميزا جيداً بين مجموعة المرضى الذين على قيد الحياة والذين ماتوا إن مرضى الفشل الكلوى والذين تمت لهم زرع الكُلى لم تكن المسألة بالنسبة لهم ومن يحيطون بهم مجرد مرض يعانى منه المريض ويأخذ الأدوية التى يقررها الطبيب ويشفى بعد انتهاء الجرعة أو تكرارها إن احتاج الأمر، ولكن المسألة بالنسبة لمريض الكلى والذى تمت له زرع الكلية أمر مختلف تماما فهو قد عانى الأمرين قبل عملية الزرع وبعدها، ولم تنته مأساته باستئصال العضو التالف وزرع كلية أخرى فهذه الفترة تتسم بالأزمات النفسية والأحداث الضاغطة - من وجهة نظر الباحثة - والتى لاتقل بأى حال من الأحوال عن أن يمر بمرحلة اتخاذ قرار خطير وسريع وحاسم ألا وهو نقل عضو حى جديد وزراعته داخل جسمه، إن هذه الأمور كلها تحمل معانى نفسية لها وقع شديد على المرضى ومن يحيطون بهم، ولعل هذا ما أوضحه هولهان وموس Hoolahan & Moos (١٩٨٧) من وجود علاقة ثابتة بين الأحداث الضاغطة السلبية وبين الإكتئاب، وترى الباحثة أنه خلال تلك المواقف العصبية والتى تتميز بالكآبة وفقدان الاستمتاع بالحياة والنظرة المتشائمة للمستقبل قد تكون هناك مؤشرات لتغير مفهوم الفرد عن ذاته حيث ينظر إلى نفسه نظرة سلبية وينخفض تقديره لذاته، ولذا فآن الكآبة التى يعانى منها مريض الفشل الكلوى أو الذى تمت له زرع الكلية ليست فقط للتغيرات الفسيولوجية والجسمية التى حدثت له ولكنها قد تكون بفعل تغير صورة الجسم ونقص تقدير الذات، هذا بالاضافة إلى خبرة الإحساس بالفقد، فقد عضو من جسمه ونزعه، إحساس بأن هناك عضو من جسمه قد مات وتم إهماله وإستئصاله، ربما يبدو هذا الأمر من الناحية الطبية شئ عادى ولكن على المستوى النفسى قد يحمل معانى البترونقصان جزء من الجسم حتى وإن تم زرع عضو آخر له، قد يكون السبب فى الابقاء على حياته أو انتهائها. ولعل نتائج هذا الفرض أيضاً تتفق ودراسة بورتون ولندساى Burton &Lindsay (١٩٨٦) الذين أوضحا فى

دراستهما أن الاكتئاب شائع كمضاعفات نفسية فى العلاج الاستبدالى لمرضى الكُلى فقد أظهرت دراستهما أن معظم المرضى الذين لاحظاهم كانوا مكتئبين منهم حوالى ٦٠٪ مكتئبون بشدة، كما أن ريتان ولويس Retan & Lewis (١٩٦٦) وصفا صعوبة مواجهة المرضى لطبيعة مرضهم.

الفرض الثانى (ب)

«توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات المرضى زارعى الكُلى وغير المصابين من حيث الانطواء الاجتماعى لصالح زارعى الكُلى أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٧,٤٨ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ - ١٤) أوضح سورمان surman (١٩٨٩) أن الضغوط العائلية والزوجية تكون واضحة بين مرضى فشل الأعضاء وفى الدراسة التى قام بها شورت ويلسون Short & Wilson (١٩٦٩) عن دور الإنكار فى الفشل الكلوى الحاد أوضحا أن الاهتمام العائلى بحياة المريض تؤدى إلى أن تجعل المريض مجرد متفرج فى منزله كما قرر كريستوفرسون Christopherson (١٩٨٧) أن هناك تغيراً فى دور الزوج أو الزوجة حيث يتحول إلى ممرض أو ممرضة حيث يعتنى بالطرف الثانى كما وجد تارتر وآخرون Tarter et al (١٩٨٨) أن الضغط النفسى الذى يسببه الطرف الآخر مرتبط بصورة قوية بالضعف الجسمى والعاطفى لدى مرضى زرع الكبد.

إن المواقف الضاغطة التى يمر بها مريض الفشل الكلوى والذى تمت له زرع الكُلى قد سببت له الكثير من الاحباطات الذى يمثل الخطوة الأولى ويليه الانطواء (لويس مليكة، ١٩٨٦)، فالانطواء الاجتماعى لدى زارعى الكلية ومرضى الفشل الكلوى قد يكون نتيجة مباشرة لسوء الصحة العامة، حيث لايستطيعون القيام بوظائفهم على أكمل وجه سواء ذكراً أم أنثى فتتحدد قدراتهم الجسمية وأنشطتهم بصفة عامة وأنشطتهم الجنسية والتناسلية بصفة خاصة وبالتالى تتسم حياتهم بالانطواء.

الفرض الثانى (جـ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات المرضى زارعى الكلية وغير المصابين من حيث توهم المرض لصالح زارعى الكلية، أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٤,٤٤ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ - ١١) أصبحت جراحة نقل الكُلى عملية روتينية ولكن الرفض الكلوى مازال يعتبر من أهم وأخطر مضاعفات زرع الكلية والذى يحدث فى هذه الحالة أن الجسم بجهازه المناعى يقوم بمهمة الفتك بالعضو المزروع فيه لأنه يعتبره عضو غريب عنه إلا فى حالات زرع الأعضاء المأخوذة من التوائم الحقيقية (عبد الفتاح عطا الله، ١٩٨٨) وهذا لايعنى أن كل مريض تجرى له عملية زرع الكلية سوف يصاب بمضاعفات الرفض الكلوى فيوجد وسائل العلاج الحديثة كالأدوية المثبطة للمناعة Immunosuppressive Drugs ولكن الذى يحدث أنه بعد أن تجرى عملية الزرع يتعرض الزارع لبعض الأعراض مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة الوزن نتيجة تجمع السوائل فى النسيج أو الاستسقاء، ألم فى ناحية الكلية المزروعة خاصة فى منطقة الحوض، ارتفاع درجة الحرارة، هذه الأعراض تصيب المريض وأهله بالخوف من احتمال رفض الجسم للكلية المزروعة حتى يتم عمل الفحوصات له واطمئنانه على أن هذا لم يحدث، ولكن المريض ومن يحيطون به يظلون فى حالة ترقب مستمرة وقلق دائم من أي شكوى يشكوها المريض ومن أى عرض بسيط يضخمونه، هذا بالاضافة إلى ضرورة مراجعة الطبيب فوراً عند ظهور أى شكوى كالصداع، زيادة الشعر بالجسم، وجود بعض البقع، نقص كمية البول أو زيادتها، اسهال، ارتفاع درجة الحرارة والتى قد تكون نتيجة لبعض التأثيرات الجانبية السلبية لبعض الأدوية فتكون النتيجة أن يعيش زارع الكُلى فى حالة توهم مرضى مستمر لأن هذه الاعراض جانبية يشكو منها المريض وسرعان ماتزول بعد العلاج ولكن الخبرات غير السارة والمؤلمة - والاهتمام البالغ من جانب الأطباء - التى مروا بها جعلتهم شديدو الحساسية للاهتمام الشاذ بنواحيهم الجسمية والصحية فنجدهم دائمو الشكوى.

الفرض الثانى (ء)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات المرضى زارعى الكلى وغير المصابين من حيث قلق الموت لصالح زارعى الكلى» أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٢,٤٧ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠,٠٥ جدول (١ ـ ٢) إن اجراء عملية زرع الكلى تعنى أن هذا المريض قد عانى اجراءات العملية الجراحية وأن هناك جزءاً تالفاً من الجسم سوف يتم استئصاله، وأن هناك عضواً آخر من غير أعضاء الجسم الأصلية والذى تم الحصول عليه بمشقة نفسية بالغة سوف يتم زرعه بالجسم، لاشك أن هذه الأمور والمراحل تمثل مواقف ضاغطة وعصبية لأى انسان عادى، فما بال هذا الشخص المريض الذى اعلنت كليته فجأة بأنها اصيبت وتوقفت عن العمل وفى طريقها إلى الموت البطئ وهو بالتالى، إن الخوف من الموت والقلق بشأنه أمر شائع وعام ولكن بالنسبة للمرضى زارعى الكلى لم ينته الخوف والقلق بعد، فما زال هناك الكثير من الاحتياطات التى يجب اتباعها جيداً وبحرص شديد وإذا لم يتم اتباعها فهذا يعنى أن الحياة مهددة بين الحين والآخر ومن بين هؤلاء المرضى من قام بالزرع للمرة الثانية أى أنه منح فرصة للحياة مرة أخرى ولذا فهو قد عانى الفشل واشتم رائحة الموت مرات وأصبحت فرصته فى الحياة قليلة.

الفرض الثانى (هـ)

«توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطى درجات المرضى عند مستوى ٠,٠٠١ جدول (١ ـ ٥) إن زارعى الكلى ذوى وجهة ضبط خارجية لأن ظروف المرض التى عانوا منها طويلاً والجو النفسى والأسرى والاجتماعى الذى أحاط المريض أثناء مرارة وتكرار عمليات الغسيل والبحث عن كلية أخرى مع مراعاة عدم اهمال تناول الأدوية بعد الزرع، أعتقد أن كل هذا قد أدى إلى زيادة اعتقاد المرضى فى المآل السيئ للمرض وربما استحالة الشفاء منه، وأن ليس بوسعه فعل أى شيئ فهم كما يقولون مقدر ومكتوب، فهم يعتقدون أن استمرار حياتهم والابقاء عليها مصدر الاعتماد الدائم على الآخرين والأطباء والأدوية المثبطة للمناعة والفحوصات بين الحين والآخر وعلى متبرع آخر إن حدث طرد للعضو المزروع، ولاشك أن هذه الأمور من شأنها أن تصيب الفرد بحالة من الإكتئاب فى تلك الفترة التى عانى فيها من التدعيمات السلبية.

الفرض الثالث (أ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» والمرضى زارعى الكلية بالنسبة للاكتئاب لصالح مرضى الغسيل الكلوى». أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٢,٧٦ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٥ جدول (١ ـ ٩) وتتفق نتائج هذا الفرض ودراسة شيا وآخرون، Shea et al (١٩٦٥) حيث أوضحوا أن معظم المرضى الذين لاحظوهم كانوا مكتئبين، هذا ويذكر عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) أن الدراسات الحديثة أوضحت أن الكلية المزروعة الناجحة تؤدى إلى تحسين حالة المريض لدرجة لم يصل إليها العلاج بالكلية الصناعية، ويعود تحسن حالة المريض بعد زرع الكلية إلى عدة أسباب أهمها هو عدم شعور المريض بأنه يعتمد على جهاز الكلية الصناعية لاستمرار حياته فتعود للمريض حريته وفعاليته بالمجتمع وتزول الكآبة ويعود لمزاولة أعماله وتتحسن قدرته الجنسية، كل هذه المظاهر السابقة قد يعود قسم منها لاستعمال الهرمونات الاستروئيدية Sterioids التى يأخذها المريض بعد العملية مع الأدوية المثبطة للمناعة، فمن التأثيرات الجانبية للسيترويدات هو تحسن مزاج المريض، هذا بالاضافة إلى ـ من وجهة نظر الباحثة ـ اختفاء الأعراض النفسية التى تصاحب توقع إجراء الجراحة بين الحين والآخر، فالمريض الذى سيتم زرع كلية له يخضع لاجراء تحليلات وفحوصات دقيقة بين الحين والآخر وقد يكون من الممكن توقع اجراء الجراحة وإعداد المريض وتهيئته لذلك تماماً ثم ترتفع درجة حرارته فجأة مثلاً وتؤجل الجراحة إلى أن تجرى فحوصات أخرى وهكذا، كل هذه المراحل لاتمر على المريض وهو على حالة نفسية سوية بل يعتريه القلق، الإكتئاب، الخوف، الأمل، الترقب قبل إجراء الجراحة ولكن بعد أن تتم عملية الزرع ويعزل المريض

خاصة الفترة الأولى بعد العملية ويتم التشديد على تعقيم غرفة المريض وكل الأشياء التى سوف يستعملها والتشديد على لبس القناعات على الوجه والقفازات والملابس الخاصه بالزيارة المعقمة خوفاً من العدوى من شخص مصاب بالزكام، فالعدوى هنا فى حالة تثبيط مناعته قد تكون قاضية بالنسبة له، فالذين تمت لهم زرع الكليـة - بالمقـارنة مع أولئك المرضى الذين يعتمدون على جهاز الكلية الصناعيـة - يعيشون مرة أخرى ويستمتعون بمباهج حياتهم مرة ثانية وما أجمل أن يستمع المرء من مريض تمت له عملية الزرع عن معنى الحياة وجمالها وفلسفتها والاحساس الأصيل - المشوب بالخوف - بالحياة من انسان قد جرب وذاق طعم المرارة والألم والخوف.

هذا، ويذكر عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨) أن المرضى الذين أجرى لهم عملية زرع الكلية ومضت الأشهر الثلاث الأولى من العملية وتحسنوا على العلاج، هؤلاء المرضى بعد فترة يعودوا إلى فاعلية حياتهم الطبيعية كأى انسان أخر، هذا بالاضافة - من وجهة نظر الباحثة - إلى مايتمتع به هؤلاء المرضى خاصة فى هذا المركز الذى تم فيه اجراء الدراسة الاساسية على الحالات، من مزايا عديدة منها المتابعة المستمرة المنتظمة ليلاً أو نهاراً وصرف كافة أنواع الأدوية مجاناً والسؤال عند حدوث أى شكوى فى أى ساعة من الليل أو النهار، ويكفى أن نذكر، وهذا مايعاينه الذى مازال يعتمد على الغسيل، أن عمليات زرع الكلية الناجحة تعتبر أقل تكلفة من مريض موضوع على جهاز الكلية الصناعية طول فترة حياته، هذا ويذكر برتون ولندساى Burton & Lindsay (١٩٨٦) أنه يمكن ملاحظة الاكتئاب عند مرضى الغسيل الكلوى عن طريق اضرابهم عن الأكل أو عدم التمسك بنظام غذائى طبى والذى يعتبر عامل أساسى فى اطالة اعمارهم، ويذكران أنه من الناحية الكلينيكية يمكن القول أنه فى مراحل الغسيل الأولى غالباً مايكون الاكتئاب من الصعب اكتشافه بسبب الانكار الدينامى لكن بعد مامر فترة يظهر الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الكلوى.

الفرض الثالث (ب)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» والمرضى زارعى الكُلى بالنسبة للانطواء الاجتماعى لصالح مرضى الغسيل» أوضحت النتائج أن قيمة ت= ٥,٥٧ وهى قيمة دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠٠١ وهذه النتائج تشير إلى تحقق صحة الفرض جدول (١ - ١٥) إن المريض الذى تمت له زرع الكُلى نجد أنه يعيش إلى حد ما فى حالة استقرارنفسى وجسدى فأصبح دوره يكاد يقتصر على أهمية المتابعة الصحية والإلتزام بتعليمات الأطباء ومن ثم يمكنه أيضاً وإلى حد ما مزاولة بعض أنشطته الحياتية - رغم وجود الكثير من المحاذير والاحتياطات - أما المريض الذى مازال يعتمد على الغسيل الكلوى فمازالت أمامه الكثير من العقبات التى تعوق توافقه النفسى والاجتماعى، فحياته مازالت مرهونة بتكرار الغسيل ثلاث مرات أسبوعيا حتى يحافظ على مستوى ثابت منخفض لتركيز اليوريا فى دمه، فتقل اهتماماته ويفقد فاعليته حتى مع أفراد أسرته، هذا مع علمه بأنه يموت موتاً بطيئاً إذا توقف عن عملية الغسيل، كل هذا يشعره بمرارة الحياة والألم النفسى والجسدى أثناء عملية الغسيل وما بعدها فيعزف عن الحياة وينطوى على نفسه أثناء محاولاته وصراعاته هو وأفراد أسرته عن البحث عن متبرع يتوافق معه ليتم زرع الكلية له.

الفرض الثالث (جـ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات المرضى زارعى الكُلى ومرضى الغسيل الكلوى من حيث توهم المرض لصالح مرضى الغسيل الكلوى» أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٢,٧٠ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠٥ جدول (١ - ١٢) لاشك أن طبيعة المرض وحدته وخطورته الذى يعانى منه المريض الذى يعتمد على الغسيل الكلوى جعله مثار اهتمام المحيطين به فيسارع الجميع بتلبية طلباته والقيام بمهامه والتخفيف عن آلامه وشكواه بالاضافة إلى اعبائه الصحية، الجسمية، النفسية والاجتماعية، الكثيرة والمتعددة

والتى لايملك أى شئ ازاءها فيلجأ إلى من حوله يبث شكواه. وفى هذا الصدد يذكر حامد زهران (١٩٧٧) أنه يمكن أن ينظر إلى توهم المرض من الناحية الديناميـة على أنه دفاع نفسى يلجأ إليه المريض لاشعورياً لتحقيق أهداف ومطالب منها تجنب المسئولية وتخفيف العمل والمواساة والاهتمام به وتجنب اللوم وقد يسيطر على من حوله وربما يحصل على بعض المميزات الأخرى حيث أن أعراض توهم المرض تخدم وكأنها ميكانيزمات دفاع لدى المريض. أما المريض زارع الكلى فهو قد أجتاز مراحل جسمية وصحية ونفسية خطرة كثيرة وقلت شكواه إلى حد ما واهتمامه باحواله الجسمية والصحية أصبح يركز على الاهتمام أيضاً بها ولكن من قبيل الابقاء على الحياة والاستمتاع بها كماً وكيفاً بعد مرارة الألم.

الفرض الثالث (ء)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» والمرضى زارعى الكُلى بالنسبة لقلق الموت لصالح مرضى الغسيل» أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ١,٣٤ وهى قيمة غير دالة احصائياً جدول (١ ـ ٣) وهذه النتائج تشير إلى عدم تحقق صحة الفرض. فهاتان المجموعتان تمران بمواقف عصبية وضاغطة مليئة بالمواقف التى تثير القلق والخوف والانسحاب. فالمريض زارع الكُلى يخشى الكثير من الأزمات الصحية والنفسية والاجتماعية منها تعرضه للمضاعفات واستخدام كميات كبيرة من الأدوية والعلاجات يومياً لتلاشى رفض العضو المزروع، ومنها مدى قدرته على مواجهة الحياة بعد الزرع وحالة الضعف البدنى التى تنتابه ومفهومه عن ذاته بالعضو الجديد ومفهوم الآخرين عنه ومدى احساسه بالتعاطف وشعوره بالذنب تجاه المتبرع حتى وإن كان قد دفع له مبالغ عظيمة، مواقف مثيرة ومتناقضة تعرضه للقلق العام بصفة عامة وقلق الموت بصفة خاصة، صحيح أن مريض الزرع قد اجتاز فترة اجراء الجراحة ولكنها فترة يعقبها الكثير من المضاعفات النفسية والصحية والاجتماعية، فهو يخشى أن تنتابه بعض الأعراض، حدوث طرد العضو المزروع. أما مريض الغسيل فهو مازال يعانى من سوء الحالة الصحية والنفسية وعدم قدرته على مواجهة أعباء وتكاليف الغسيل فى الأسبوع ثلاث مرات مدة كل جلسة تتراوح من ٤ ـ ٨ ساعات، هذه الجلسة بلاشك كلها مرارة وألم، صحيح أن هناك فريق طبى ونفسى يحيط بالمريض ولكن هناك حالات مرضية سيئة قد تحضر معه عملية الغسيل ولا تحضر مرة أخرى بسبب الوفاة. هذا بالاضافة إلى قلقه بشأن وضعه على قائمة انتظار الغسيل واجراءات العملية ومدى تقبله نفسياً لكلية المتبرع. كل هذه الأزمات والخبرات المتصلة بموضوع الموت قد يصيبه بقلق شديد وقد يعلن أن الموت أهون عليه من تلك الاجراءات المزعجة. فكما أوضح تمبلر Templer (١٩٧٠) أن درجة قلق الموت يحددها عاملان هما «١» حالة الصحة النفسية بوجه عام، «٢» خبرات الحياة المتصلة بموضوع الموت.

هذا وترى الباحثة أن قلق الموت لدى زارعى الكلى والمرشحين لها قد يكون مرجعها ـ أيضا ـ إلى الحالة النفسية للأسرة والمحيطين بهم، فقد قرر سورمان وآخرون Surman et al (١٩٨٧) حدوث غيبوبة Stupor فى ٦ من ٤٠ مرشحاً لنقل الكبد، بينهم عائلة كانت تستعد للجنازة بينما كان قريبهم على قائمة الإنتظار للزرع. كما كتب كريستوفرسون CHristo-pherson (١٩٨٧) تقريراً عن التحدى لدى المرشحين لنقل القلب والتى تستعد عائلاتهم فى نفس الوقت للموت أو الحياة، فالزوج أو الزوجة غالباً مايؤثرون الحديث عن ترتيبات الجنازة مع التخطيط لاجازة العائلة بعد عودة المريض.

إن اجراءات زرع الكُلى واستمرار عملية الغسيل الكلوى لم تنه المواقف والخبرات العصيبة بقلق الموت والذى يعد هنا سمة أكثر منه حالة. ولعل هذا ما أشارت إليه مايسه النيال (١٩٩١) نقلاً عن أحمد عبد الخالق من أن قلق الموت سمة أكثر منه حالة كما أشارت مايسه إلى أنه ليس هناك دراسات على المستوى العربى أو الاجنبى فى حدود علمها تقارن بين

قلق الموت قبل اجراء العملية الجراحية وبعدها. وبعد هذا الفرض مقارنة لقلق الموت قبل اجراء العملية الجراحية وبعدها ولاتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراستها فيما يتعلق بقلق الموت.

الفرض الثالث (هـ)

«توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطى درجات مرضى الفشل الكلوى «الغسيل» والمرضى زارعى الكلية بالنسبة لوجهة الضبط الخارجية لصالح زارعى الكلية، أوضحت النتائج أن قيمة «ت» = ٣,٢١ وهى قيمة دالة احصائيا عند مستوى ٠,٠١ جدول (١ - ٦) إن مرضى الغسيل الكلوى وزارعى الكلية أمام خطورة مرضهم وتدهور حالتهم الصحية لايعيشون وحدهم فهم يعتمدون على من يحيطون بهم، فبالنسبة لزارعى الكُلى فهؤلاء المفحوصون لايقدمون على خطورة ولايتخذون قراراً من تلقاء أنفسهم، فالقرار والرأى لمن يحيط بهم فليس عليهم حرج فى ترك حرية اتخاذ قرارات صعبة وحيوية لحياتهم مثل زرع الكلية لمن يحيطون بهم ولذا نجدهم يرددون حنعمل ايه، حظنا كده، مكتوب على الجبين، وكأنه كأن، غير مسئول عن اهمال شكواه من البداية. هذا بالاضافة إلى أن هؤلاء المفحوصين ذكوراً واناثاً ينتمون إلى بعض البيئات الريفية التى يسود فيها النزعة الاتكالية والاعتماد على الآخرين وترك الأمور تجرى فى أعنتها. فالمرضى زارعى الكلية قد مروا بالفعل بمواقف محبطة كثيرة منها المحاولات المتواصلة لايجاد متبرع مناسب يتوافق معه فى الأنسجة وفى كافة التحليلات الأخرى والتى اثنائها يتوحد مع المتبرع ويشعر تجاهه بالشفقة والتى ماتلبث أن تتحول وتتجه إلى متبرع أخر جديد الأمر الذى يفقده للمبادأة ويصبح انساناً مسايراً يفقد القدرة على السيطرة على اتخاذ قراراته.

المراجع العربية

١ - **أحمد محمد عبد الخالق وآخرون (١٩٩١)** الفروق فى قلق الموت بين مجموعات عمرية مختلفة بين الجنسين. مجلة علم النفس، العدد العشرون، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢ - **أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧)** قلق الموت. الكويت. عالم المعرفة.

٣ - **جمعية رعاية مرضى الكُلى (د.ت)**. الحياة مع الغسيل الكلوى. سلسلة التوعية الصحية رقم ٦. لاظوغلى. القاهرة.

٤ - **حامد زهران (١٩٧٧)** الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة، عالم الكتب.

٥ - **عبد الفتاح عطا الله (١٩٨٨)** زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل. الكويت. أكمل. المركز العربى للوثائق والمطبوعات الصحية.

٦ - **علاء الدين كفافى (١٩٨٧)** مقياس وجهة الضبط، القاهرة الأنجلو المصرية.

٧- **فرج طه وآخرون (د.ت)** معجم علم النفس والتحليل النفسى. بيروت، دارالنهضة العربية.

٨ - **فؤاد أبو حطب وأمال صادق (١٩٩١)** مناهج البحث وطرق التحليل الاحصائى فى العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٩ - **لويس كامل مليكة وآخرون (١٩٨٦)** اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، النهضة المصرية.

١٠ - **مايسه النيال (١٩٩١)** الفروق فى كل من حالة القلق وقلق الموت قبل إجراء العملية الجراحية وبعدها. دراسات نفسية يناير ك١، جـ ١. القاهرة، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية.

11 - **Bron, B., Petzoldt, J. & Siedek, M. & Figge, H. (1976):** - Psychopathological Findings and social Psychiatric Problems in Kidney Transplanted Patients. Confinia Psychiatrica. 19 (4) 207 - 221.

12 - **Burton J. & Lindsay, Robert, M., (1986):** - The Relationship of depression to survival In Chronic Renal Failure. Psychosomatic Medicine. 48, 261 - 269.

13 - **Charlotte, Nadel & Julian, Clark, J. (1986):** - Psychosocial Adjustment After Renal Retransplants. General Hospital Psychiatry. Vol., 8 (1) 41 - 48.

14 - Chaturvedi, S.K. & pant, V. (1984):- Objective Evaluation of Body - Image of Renal Transplant Recipients. Journal of Psychological Researches. Vol., 28 (1) 4 - 7

15 - **Christopherson, L.K. (1987):** - Cardic Transplantation: A pschological Perspective. Circulation, 75.57- 62.

16 - **Colomb, G., & Hamburger, J. (1967):** - Psychological and Moral Problems of Renal Transplantation. Int., Psychiatry clin., 4. 157.

17 - **Crosnier, Jean (1981):** - Psychological, Moral and Legal Problems. In Hamburger, Jean & Crosnier Jean & Bach, Jean _ Francois & Kreis Henri (Eds.), Renal Transplantation, Theory and Practice. London, Baltimore.Williams Wilkins.

18 - **Eisendrath, R.M., & Guttmann, R.D. & Murray, J.E. (1969):** - Psychological Considerations in the selection of Kidney Transplant Donors. Surg., Gynecol Obstet., 129. 243.

19- **Fritz, Muthny, A. (1984):** - Postoperative Course of Patients During Hospitalization Following Renal Transplantation. Psychotherapy & Psychosomatics. Vol., 42 (1 - 4) 133 - 142.

20 - **Fukunishi, I. (1992):** - Psychosomatic Problems Surrounding Kidney Transplantation Incidence of Alexithymia and Psychiatric Disturbances. Forensic Science. Vol., 16. Section 49. Issue ll.

21 - **Gregory, Mumma H., & Debra, Mashberg & Lynna, lesko, M. (1992):** - Long - term Psychosexual Maladjustment of Acute Leukemia Survivors: Impact of Marrow transplantation Versus Conventional Chemotherapy. General Hospital Psychiatry. Vol., 14 (1) 43 - 55.

22 - Hamburger, Jean & Crosnier, Jean & Bach, J.F. & Kreis, Henri (1981): - Renal Transplantation, Theory and Practice. London & Baltimore. Williams & Wilkins.

23 - **Henderikus, Stams, J. & Janice, Koopmans, P., & Cynthia, Mathieson, M. (1991)** : - The Psychosocial Impact of laryngectomy: Acomprehensive Assessment J. of Psychosocial Oncology. Vol., 9 (3) 37 - 58.

24 - **Hiroto, D., (1974):** - Locus of Control and Learned Helplessness. J., of Experimental Psychology. Vol., 10 (2).

25 - **Hoolahan, C.J., & Moos, R.H., (1987):** - Risk, Resistance and Psychological Distress: Alongitudinal Analysis With Adults and children. J. of Abnormal Psychology. 96. p. 3 - 13.

26 - **Horowitz, Mardi, J. (1984):** - Stress & the Mechanisms of Defense. In Goldman H. (Ed.) Review of General Psychiatry. Middle East Edition. Lange, Medical Publications.

27 - **Kalil, Roberto, S. & Heim - Duthoy, K., & Kasiske, Bertran, L. (1992)**: - Patients With a low Income Have Reduced Renal Allograft Survival. American Journal of Kidney Diseases. Vol., 10 No (1) 63 - 69.

28 - **Kane, F.J. & Simes L. (1977)**: - Phantom Urinary Phenomena in Hemodialysis patients. Psychosomatics. 18 (5) 13 - 20.

29 - **Kemph, J.P. (1971)**: - Psychotherapy with Donors and Recipients of Kidney Transplants. In Castelnuovo - Tedesco, P. (Ed), New York, Grune & Stratton.

30 - **Kisker, George, W., (1977)**: - The Disorganized. personality McGraw - Hill Book Company. London.

31 - **Lefebvre P., & Nobert, A & Crombez, J.C., (1972)**: - Psychological and Psychopathological Reactions in Relation to Chronic Hemodialysis. Can., Psychiatric Association, Journal. 16. 55 - 59.

32 - **Leslie, Schover, R. & Andrew, N.C. & Donald, S., & Marlene, Goormastic (1990)**: - Sexuality, Fertility and Renal transplation Asurvey of survivors. J. of sex & Marital therapy. Vol., 16 (1) 3 - 13.

33 - **Lopez, Minarro & Vicente, Jose, S. & Dolores, Castano, L. (1987)**: - Study of Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis and Transplants. Psychological Abstracts.74 (4). 16576.

34 - **Lorri, Sills, M., & Michael, Popkin K., & John, Najarian, S. (1992)**: - Elective Removal of A transplanted Organ. Psychosomatics. Vol., 33 (4) 461 - 465.

35 - **Mumford, E., & Achlesinger, H. & Glass G. V., (1982)**: - The Effects of Psychological Intervention On Recovery From Surgery and Heart Attacks: An Analysis of the Literature American J., of Public Health, 72, 144 - 151.

36 - **Phipps, L. (1991)**: - Psychiatric Aspects of Heart transplantation. Canadian J. of Psychiatry. Vol., 36 (8) 563 - 568.

37 - **Pierce, D.m. & Freeman R., & Lawton R. & Fearing, M. (1973)**: - Psychological correlates of Chronic Hemodialysis Estimated by M. M.P.I.Scores. Psychology. 10. 53 - 57.

38 - **Ralph, Tarter, E., & Joann, Switala & Mostefa, K.& David, H. (1990)**: - Long - term Psychosocial Adjustment Following liver transplantation. Gender Comparisons of Patients and their Spouses. Family System Medicine, Vol., 8 (4) 359 - 364.

39 - **Retan J. W. & lewis, H.Y. (1966)**: - Repeated Dialysis of Indigent Patients for Chronic Renal Failure. Ann Intern., Med., 64. P. 284.

40 - **Rida, Amin & Weheid, S., & Shaaban, F.M. & Mokhtar, S. (1991)**: - Ethical Profile of Organ Transplantation Among Health Personnel. Bull Alex. Faculty of Medicine. Vol., 27. No 6.p., 1573 - 1583.

41 - **Rotter, J. B., (1966)**: - Generalized Reactions for Internal Versus External of Reinforcement. Psychological Monographs. 80. no.l.

42 - **Shea, E.J. & Bogdan, A & Freeman, R. B. & Schreiner, G. E. (1965)**: - Hemodialysis for chronic Renal Failure: Psychological Considerations. Ann Inter., Med., 62. 558.

43 - **Short, M., and Wilson, W.p. (1969)**: - Roles of Denial in Chronic Hemodialysis. Arch, Gen., Psychiatry. 20, 433 - 437.

44 - **Surman, O.S., & Dienstag, J. L. & Cosimi,A.B., (1987)**: - Liver Transplantation: Psychiatric Considerations. Psychosomatics. 28, 615 - 621.

45 - **Surman, Owen, S. (1989)**: - Psychiatric Aspects of Organ Transplantation. American J. Psychiatry. 146. (8). 972 - 982.

64 - **Tarter, R. E. & Erb, S. & Biller, P.A. (1988)**: - The Quality of life Following liver Transplantation: A Preliminary Report. Gastroenterology Clinics of North America. 17. 207 - 216.

47- **Templer, D.I., (1976)** The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. J. of General Psychology, 82. 165 - 177.

48 - **Tom, Sensky (1989)**: - Psychiatric Morbidity in Renal Transplantation. Psychotherapy & Psychosomatics. Vol., 52. (1-3).

49 - **Twillman, R.K., Manetto C., & Wellisch, D.K. & Wolcott, D.L. (1993) : - The Trans**plant Evaluation Rating Scale: A Revision of the Psychosocial levels System For Evaluating Organ Transplant Candidates. Psychosomatics. 34 (2) 144 - 153.

50 - **William, T., T., & Danny Wedding (1979)**:- M.M.P.I Results of Male Candidates For Transsexual Surgery. J. Personality Assessment. 43 (4). 385 - 387.

51 - **Wolfgang, Pommer (1985)**: - Patient's Expectations from Renal grafting and Transplantation Outcome. Psychotherapy & Psychosomatics, Vol., 44 (2) 95 - 102.



